Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Symptomatologie der Hysteria virilis.

(Respiratorische Anfälle.)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Tillmann

aus Cöln a. Rh.

Cöln 1908.
Druck von B. Pick, C.-Merheim.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Symptomatologie der Hysteria virilis.

(Respiratorische Anfälle.)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Tillmann

aus Cöln a. Rh.

Cöln 1908.
Druck von B. Pick, C.-Merheim.

Nr. 23.
Rektoratsjahr 1908/9.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Fischer**,
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Verwandten

in Dankbarkeit gewidmet.

Wie der Name Hysterie — Hystera = Gebärmutter — besagt, hat man in früheren Zeiten diese Erkrankung mit dem Uterus in Zusammenhang gebracht und die Ursache dieses äusserst mannigfaltigen Krankheitsbildes, das wir unter diesem Namen zusammenfassen, auf pathologische Veränderungen desselben und des weiblichen Genitalapparates überhaupt zurückgeführt. Jedoch sind die Beziehungen des Uterus zu dieser Krankheit weit überschätzt worden. Besonders unter den Gynaekologen war die Ansicht sehr verbreitet, dass die verschiedenartigen Affektionen der Genitalorgane, besonders Lageveränderungen des Uterus, chronische Para- und Peremitritiden und chronische Oophoritiden reflectorisch die Hysterie hervorrufen hönnten. Meist lässt sich jedoch bei den an vorgenannten pathologischen Zuständen Erkrankten der Nachweis führen, dass sich die Anlage zur Hysterie schon lange vor Eintritt des Genitalleidens gezeigt hatte und dass diesem nur die Bedeutung eines auslösenden Faktors beizumessen ist. Auf diesen Standpunkt stellt sich auch Binswanger, wenngleich er auch den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane die Fähigkeit zuschreibt, weitgehenste Veränderungen in dem Erregbarkeitszustande des zentralen Nervenystems herbeizuführen. Binswanger sagt nämlich, das Weib besitze an und für sich schon eine stärkere emotive Erregbarkeit als der Mann und alle hemmenden und erregenden Einwirkungen wären auf den Ablauf der psychischen Vorgänge bei ersterem von viel weitergehendem Einflusse als beim Manne. Eine pathologische Steigerung erfahre diese natürliche Anlage durch pathologische

Veränderungen, z. B. durch Schädigungen des Genitalapparates. Psychisch-emotive Erregungen seien aber gerade für die Erzeugung der Hysterie ein mächtiger Faktor. In allen denjenigen Fällen, wo überhaupt ein Zusammenhang zwischen Genitalleiden und Hysterie besteht, sind also wohl nur die durch das Genitalleiden hervorgerufenen psychischen Einflüsse als das wirksame ätiologische Moment zu betrachten. Dass pathologische Veränderungen des weiblichen Genitalapparates nicht als direkte und einzige Ursachen der Hysterie aufzufassen sind, dass solchen Veränderungen nur die Bedeutung eines „agent provocateur" nach Charcot zukommt, geht daraus hervor, dass Hysterie bei Frauen beobachtet worden ist, die weder Uterus noch Vagina, noch Ovarien besassen, ferner bei Kindern, bei denen die Genitalien noch gar nicht entwickelt waren, jedenfalls ihre Funktion noch nicht angetreten hatten, und schliesslich daraus, dass zahlreiche Fälle von männlicher Hysterie beschrieben sind.

Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts hielt man an der Meinung fest, dass pathologische Vorgänge an dem weiblichen Genitalapparat den Ausgangspunkt für die Hysterie bilde. Wenn auch schon im Anfange des 17. Jahrhunderts von Charles Lepois der Satz aufgestellt wurde: „Hysterica symptomata vulgo dicta omnia fere viris cum mulieribus communia sunt", und in der Mitte des 18. Jahrhunderts Sydenham klar zum Ausdruck brachte, dass die Hysterie eine Erkrankung des Nervensystems, dass sie auch dem männlichen Geschlechte häufig eigentümlich sei und dass fälschlich viele männliche Hysterische den Hypochondern zugerechnet würden, so ist doch erst Briquet's Werk „Traite clinique et thérapeutique de l'hystérie", das im Jahre 1859 erschien, auf diesem Gebiete bahnbrechend gewesen. Briquet wies an der Hand eines grossen Materials nach, dass die Hysterie mit den weiblichen Geschlechtsorganen nichts zu tun habe, dass es sich bei ihr vielmehr um eine Erkrankung

des gesamten Nervensystems, besonders des Grosshirns, um eine sogenannte Neurose handle.

Seitdem hat man der männlichen Hysterie grössere Aufmerksamkeit geschenkt und sie gewinnt von da an infolge der schärferen Diagnostik der Krankheit auch bei den statistischen Erhebungen an Bedeutung. Briquet fand die weibliche Hysterie noch 20 mal häufiger als die männliche. Nach Pitres ist dieses Ergebnis darauf zurückzuführen, dass die männliche Hysterie noch viel zu wenig erkannt und durchstudiert war: „on ne la (l'hystérie) diagnostiquait que dans les cas où elle se traduisait par des symptomes exceptionellement éclatents; on la méconnaissait très souvent." In der späteren Zeit hat sich das Verhältnis zwischen weiblicher und männlicher Hysterie wesentlich geändert.

Nach statistischen Daten aus dem Krankenmaterial der Charité in Berlin in der Zeit von 1888—1890 ergab sich zwischen männlicher und weiblicher Hysterie ein Verhältnis von 1 M : 7,4 W, während sich in der Ziemss'schen Klinik und der Bauerschen Klinik in München in den letzten achtziger Jahren ein Verhältnis von 1 M : 17 W herausstellte.

Oppenheim nimmt ein Verhältnis von 1 M : 10,6 W an. Nach französischen Autoren (Gilles de la Tourette, Pitres) stellen sich die Verhältniszahlen zwischen männlicher und weiblicher Hysterie wie 1 : 2, während Charcot ein Verhältnis von 1 M : 3 W fand.

Wenn auch die Ergebnisse der einzelnen Autoren wesentlich verschieden sind, so geht doch daraus hervor, dass die männliche Hysterie einen beträchtlichen Teil der Gesamtfälle von Hysterie ausmacht. Neuere Erhebungen über die Häufigkeit der männlichen Hysterie in den grossen Städten und industriellen Verkehrszentren lassen darauf schliessen, dass alle die Gefahren, welche in der erhöhten Betriebsamkeit unseres technischen Zeitalters gelegen sind, sowie die Häufung grosser Menschenmassen mit ungenügenden Existenzmitteln und verderblichen Neigungen auch eine Häufung der Hysterie,

und zwar vornehmlich bei der männlichen Arbeitsklasse bewirkt haben. Als die hauptsächlichsten Ursachen hierfür sind Traumen, Intoxicationen und Infectionen anzusehen. Interessant ist auch die Feststellung P. Marie's, dass im Gegensatz zur weiblichen Hysterie die Zahl der männlichen Kranken bei den Arbeitern und den Declassierten unverhältnismässig grösser ist als in den mittleren und höheren Schichten der Gesellschaft, woraus also auch hervorgeht, dass die heutigen Kulturbedingungen einen massgebenden Einfluss auf die Entfaltung der Hysterie besitzen.

Es mögen hier einige Angaben über das Auftreten der Hysterie in den verschiedenen Lebensaltern folgen. Bei Kindern tritt die Krankheit am häufigsten zwischen dem 6. und 14. Lebensjahre auf. Besonders bemerkenswert sind einzelne von Oppenheim beobachtete Fälle, in denen hysterische Erscheinungen schon im 2. und 3. Lebensjahre hervortraten. Nach Binswanger's Erfahrungen ist der Eintritt in die Schule im 6. und 7. Lebensjahre nicht selten der Anlass zum Ausbruch der Hysterie bei hereditär belasteten Kindern. Derselbe Autor betont, dass besonders auch die Pubertätsentwicklung bei hereditär prädisponierten Individuen wohl den wichtigsten Anstoss zum Ausbruch der Nervenkrankheiten, somit auch der Hysterie gibt.

Ich lasse eine von Pitres aufgestellte Tabelle über den Ausbruch der Hysterie in den verschiedenen Lebensaltern folgen.

Alter der Erkrankung	Männer	Frauen
6—10	1	1
11—15	4	12
16—20	6	34
21—25	2	18
26—30	4	4
31—35	8	0
36—40	5	0
41—45	0	0
46—50	1	0

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass im Durchschnitt die Krankheit beim Manne später auftritt als beim Weibe, bei ersterem etwa zwischen dem 26. und 40. Lebensjahr, bei letzterem früher, etwa zwischen dem 11. und 25. Lebensjahr. Beobachtungen von verschiedenen anderen Seiten stimmen mit diesen Angaben überein. Aus der Tabelle geht weiter hervor, dass nach dem 30. Lebensjahre die Zahl der an Hysterie Erkrankenden sehr rasch abnimmt. Die relativ sehr hohe Zahl der männlichen Hysterie nach dem 30. Lebensjahre findet sich nach Ziehen aus dem häufigen Vorkommen der traumatischen Form der Hysterie. Nach dem 40. Lebensjahr erklärt sich die Krankheit äusserst selten. Es sind einzelne Fälle von seniler Hysterie beschrieben, die von Pitres und Binswanger als pathologische Kuriositäten bezeichnet werden.

Was die **Ätiologie** der Hysterie angeht, so ist sie sehr komplizierter Natur. Die erbliche Belastung ist die wichtigste praedisponierende Ursache für die Erkrankung. Ziehen fand sie in über der Hälfte aller seiner Fälle, wobei er leicht belastende Momente in der Ascendenz nicht mitzählte. Bei der männlichen Hysterie soll die Erblichkeit noch eine grössere Rollen spielen als bei der weiblichen. So sammelte Batault 218 Fälle männlicher Hysterie. In 100 Fällen fanden sich Bemerkungen über die Heredität; von diesen 100 ergaben 77 erbliche Belastung.

Pitres sagt in seinem Werke „Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme": On naît hysterique, on ne le devient pas. L'hérédité crée la diathèse; ces causes occasionelles ne font que provoquer l'apparition des accidents." Tatsächlich stammen meistens von hysterischen Eltern hysterische Kinder ab. So berechnete Briquet, dass die Kinder hysterischer Eltern 12 mal mehr zur Hysterie prädisponiert sind, als die Kinder Nichthysterischer. Doch nicht nur Kinder von hysterischen Eltern, sondern auch solche, deren Eltern oder Blutsverwandte an Geistes- oder Nervenkrankheiten, wie Paranoia, Delirium tremens, Epilepsie erkrankten, ererben, wie verschiedentlich nachgewiesen, die Hysterie.

Ist auch die ererbte Disposition als die häufigste zu erachten, so kann die Disposition jedoch auch erworben sein. Hier kommen mangelhafte oder falsche Erziehung, Onanie, ferner den ganzen Körper und damit auch das Nervensystem schwächende Momente in Betracht. Dadurch entsteht bald eine reizbare Schwäche des Nervensystems, bald eine Überreizung desselben, welche die Entwickelung einer hysterischen Erkrankung nur allzusehr begünstigen. Die Disposition zur Erkrankung ist allerdings bei den einzelnen Individuen eine recht verschiedene. Infolgedessen ist bei dem einen ein intensiver wirkendes äusseres Moment, bei dem anderen ein schwächeres nötig, um die Krankheit auszulösen. Diese äusseren Momente, die Gelegenheitsursachen, sind mannigfaltiger Natur. Körperliche Erkrankungen, wie Bleichsucht, ferner Überanstrengungen, starke Blutverluste, acute Infectionskrankheiten, sowie auch acute und chronische Intoxicationen (Alkohol, Blei, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff, Morphium) können den Anlass zum Ausbruche geben. Aber auch Traumen müssen zu den auslösenden Momenten gerechnet werden, jedoch nicht nur physische, sondern auch psychische Traumen (Strümpell), wie fortgesetzter Ärger, Zurücksetzung, Sorge, Furcht, Schrecken.

Die ursächlichen Beziehungen zwischen chronischen constitutionellen, Stoffwechsel- und Bluterkrankungen einerseits und der Hysterie andererseits sind schwierig zu deuten. Von Charcot und seinen Schülern wird allen diesen Krankheitsvorgängen nur die Bedeutung von auslösenden Ursachen beigemessen. Binswanger steht hier auf einem anderen Standpunkte. Findet er keine ererbte Veranlagung, auch keine neuropathische Belastung, d. h. extrauterin erworbene Disposition, und ist der betreffende Kranke vor dem Auftreten der constitutionellen Erkrankung körperlich und geistig normal gewesen, so steht er nicht an, die Constitutionskrankheit den als Ausgangspunkt der Hysterie anzunehmen.

Ich wende mich zur **Symptomatologie** der Hysterie. Es würde zu weit führen, alle die verschiedenen Krankheitserscheinungen, alle die körperlichen und psychischen Veränderungen anzuführen, die sich bei der Hysterie, dem „Schmerzenskind der Nervenpathologie", wie Binswanger sich ausdrückt, einstellen können. Ich beschränke mich auf einen Teil der Störungen der Motilität. Diese Störungen zerfallen in zwei Hauptkategorien: die Hyperkinesien oder Krämpfe und die Akinesien oder Lähmungen. Die Krämpfe gehören zu den Symptomen der Hysterie, die nur in dem geringeren Teile der Fälle vermisst werden. Die Krampfformen sind sehr mannigfaltig. Besonders typisch sind die Affekt- und Respirationskrämpfe. Zu ersteren gehören der Wein- und Lachkrampf, ein bis zum Krampf gesteigertes Weinen und Lachen. Dabei ist die Respirationsmuskulatur in hervorragendem Masse beteiligt. Das Krankhafte liegt hierbei in der Intensität der Affektäusserung, in ihrer Dauer und in der Unfähigkeit für den Kranken, hemmend einzugreifen.

Auch unabhängig von den Affektkrämpfen kann die Respirationsmuskulatur ergriffen werden.

Pitres teilt die Respirationskrämpfe in drei Unterabteilungen:

a) einfache respiratorische Spasmen, bei welchen die convulsivischen Zuckungen ausschliesslich während der Inspiration oder während der Exspiration auftreten;

b) gemischte respiratorische Spasmen, bei welchen die physiologischen Bewegungen der Inspiration und Exspiration zu gleicher Zeit durch das Dazwischentreten von Convulsionen geändert sind, und

c) complizierte respiratorische Spasmen, bei welchen zugleich die Respirations- und Phonationsmuskeln an den convulsivischen Zuckungen beteiligt sind.

Die einfachen respiratorischen Spasmen sind die häufigsten. Durch die inspiratorischen Krämpfe werden schluchzende oder

schnüffelnde Geräusche erzeugt. Hierher ist der hysterische Singulus zu rechnen, der durch klonische Zwergfellkrämpfe hervorgerufen wird und auf Luftschlucken beruht. Durch brüske Kontraktionen des Zwergfells wird, da sich die Glottis nicht gleichzeitig erweitert, ein inspiratorisches Geräusch erzeugt. Oppenheim sagt hierüber weiter: „In schweren Fällen, in denen die Inspiration gewaltsam erfolgt, der Krampf meist auch andere Respirationsmuskeln ergreift und bis 100 Krampfbewegungen und mehr auf die Minute kommen, ist das Übel ein sehr lästiges, das Sprechen, Essen, die Atmung behinderndes. Die Hauptgefahr besteht aber darin, dass es sich stabilisieren und über einen Monat selbst über einen längeren Zeitraum erstrecken kann. Eine derartige Hartnäckigkeit erlangt der Singultus zuweilen bei Hysterischen."

Ist die Expiration krampfhaft verändert, so kommen die Erscheinungen des hysterischen Hustens oder Schnaubens zustande. Der Tussis hysterica ist ein heftiger, meist rauher trockener Husten, dem Bellen ähnlich, oder an andere Tierstimmen erinnernd. Oft kehren die Hustenstösse in auffallend rythmischer Weise wieder. Der einzelne Anfall kann mehrere Stunden dauern.

Zu der zweiten Unterabteilung, den gemischten respiratorischen Spasmen rechnet Pitres den Gähn- und Nieskrampf. Weit seltener als diese Krämpfe ist der Stimmritzenkrampf, ein anfallsweise auftretender Spasmus der Kehlkopfmuskeln, welche die Glottis verengern, zugleich mit heftiger Erstickungsnot, ein Zustand, der nicht ganz ungefährlich ist und schon Veranlassung zur Tracheotomie gab.

In die dritte Unterabteilung, den komplizierten respiratorischen Spasmen. gehören Zustände, die durch unfreiwillige und rythmische Erzeugung unartikulierter Geräusche, wie Bellen, Brüllen ausgezeichnet sind, ferner Stottern und das stete Wiederholen ein und derselben Wörter.

Die Spasmen der gesamten Respirationsmuskulatur führen zu dem Symptomenkomplex der hysterischen Dyspnoe.

Die Patienten klagen hierbei über Atemnot, Lufthunger, Erstickungsangst, ohne dass objektive Zeichen der Dyspnoe z. B. eine ausgeprägte Cyanose vorhanden wären. Das wesentliche ist die beschleunigte und erschwerte Atmung. Es kommt zu Anfällen von Tachypnoe, bei welchen in regelmässigem Rythmus 60—100 und selbst mehr respiratorische Bewegungen gezählt worden sind. An diesen dyspnoischen Anfällen sollen wahrscheinlich sowohl intermittierende Spasmen der Stimmbänder als auch Paresen oder Contracturen des Diaphragmas und endlich intermittierende Spasmen der Inspirationsmuskeln (Scaleni, Intercostales externi, Levatores costarum usw.) und der expiratorisch wirkenden Muskulatur (Bauchmuskeln, Intercostales interni beteiligt sein.

Französische Autoren sprechen von dem relativ häufigen Vorkommen einer „Lungencongestion", welche sich mit den dyspnoischen Erscheinungen verbinden, aber auch als selbständiges Symptom auftreten kann. Sie ist häufig von Haemoptysis begleitet, wodurch eine Phthisis vorgetäuscht werden kann.

Neben den Fällen von hysterischer Dyspnoe ohne objektive dyspnoische Erscheinungen kommen auch Fälle von wahrer Dyspnoe mit ausgeprägter Cyanose vor. In solchen Fällen dürfen neben einem tonischen Krampf der Glottisverenger spastische Zustände in den glatten Bronchialmuskeln angenommen werden.

Diese auch als „hysterisches Asthma" bezeichneten Anfälle werden von einem zischenden und pfeifenden Röcheln begleitet: zugleich kann auch eine Abschwächung des vesiculären Atmungsgeräusches vorhanden sein. Die pseudoastmatischen Anfälle treten vornehmlich bei Tage auf und zwar unter dem Einfluss emotioneller Erregungen.

Die Fälle von wahrer Dyspnoe scheinen nicht allzu oft in dem Bereich der Hysterie vorzukommen. Oppenheim erwähnt einen von Edel beschriebenen Fall von wahrer Dyspnoe: „Ein Mann leidet seit vielen Jahren an Respirations-

krämpfen, die sich bei jeder Berührung, Geräusch, Lichtreiz usw. einstellen und mit beträchtlicher Dyspnoe (Anspannung der Auxiliärmuskeln) einhergehen. Ausser einer Steigerung der Reflexerregbarkeit ist sonst nichts bei ihm nachzuweisen."

Einen Fall gleicher Art möchte ich im Folgenden wiedergeben:

Es handelt sich um den 44 jährigen, verheirateten Bahnwärter N. aus Nortorf gebürtig. Er kommt Mitte Juli 1906 allein zur Aufnahme in die psychiatrische Klinik.

Anamnese: Patient gibt folgendes an: Als Kind hatte er Masern und Gehirnentzündung. In der Schule lernte er gut. 1882—85 genügte er seiner Militärpflicht in Flensburg. 1888 verheiratete er sich. Von seinen 6 Kindern starb eins an Drüsenkrankheit, ein anderes an Scharlachdiphterie; die übrigen sind gesund. Seit 1887 ist er Bahnarbeiter und hat als solcher anstrengenden Dienst. Mutter und Vater des Patienten sind nicht miteinander verwandt. In seiner Familie sind keine Geistes- oder Nervenkrankheiten vorgekommen.

Seit 1901 leidet Patient an Tuberkulose der Lungen. Er wurde verschiedentlich ärztlich behandelt und nahm 1903 auf Kosten der Bahnverwalttung einen halbjährigen Aufenthalt in einer Lungenheilstätte. Seit 5 Jahren habe er, so gibt Patient an, innerliche Zuckungen, „es wühle immer so, als ob sich alles in der Brust bewege." Dies käme so zeitweise, besonders beim Liegen. Wenn die innerlichen Zuckungen stärker würden, so kämen auch äusserliche dazu. Diese beständen aber erst seit zwei Jahren. Ausserdem habe er Stechen auf der Brust, „als ob das Herz nicht mehr schlagen wollte." Januar 1906 bekam Patient dreimal Ameisensäure in die Rippengegend eingespritzt. Nach der dritten Einspritzung habe er bald Zuckungen im ganzen Körper bekommen.

Status: Mittelkräftiger Knochenbau, gute Muskulatur und Ernährung. Gesicht normal gerötet. Schädel auf Druck und beklopfen nicht empfindlich. Pupillen mittelweit, rechts grösser als links, nicht ganz rund. Sie reagieren auf Licht-

einfall und bei Convergenz. Das linke Oberlid hängt etwas herab, wird aber gut gehoben. Die Augenbewegungen sind frei, In den seitlichen Endstellungen finden sich nystagmusähnliche Zuckungen. Keine artikatorische Sprachstörung. Zunge wird etwas nach rechts vorgestreckt und zittert. Zahneindrücke an beiden Zungenrändern. Harter Gaumen etwas schmal. Uvula nach links gerichtet. Der weiche Gaumen wird gut gehoben. Rachenreflexe schwach.

Die Perkussion der Lungen ergibt links oben leicht abgeschwächten Schall, die Auskultation rechts oben, besonders vorne, verlängertes Exspirium, links unten seitlich Reiben.

Herztöne rein, Puls 56, nicht ganz regelmässig; Arteria radialis rigide.

Mechanische Muskelerregbarkeit etwas erhöht. Ausgesprochenes vasomotorisches Nachröten. Tremor und Hyperhidrosis der Hände.

Patellarreflexe lebhaft; Patellarclonus eben angedeutet. Zehen werden schwach plantarwärts flectiert. Hyperhidrosis der Füsse. Cremasterreflexe vorhanden. Abdominalreflex lebhaft.

Gang sicher. Grosse Nervenstämme druckempfindlich. Pinselberührungen werden gut lokalisiert. Spitze und Kopf werden gut unterschieden. Schmerzempfindung normal. Keine Zonen, Jugulum druckempfindlich; sonst keine Druckpunkte.

Therapie: Hydrotherapeutische Massregeln. Anwendung der Elektrizität. Psychische Beeinflussung. Tinctura asae foeditae, 2 mal täglich 15 Tropfen nach dem Essen.

17. Juli 1906. Patient gibt über seine Zuckungen dieselben Angaben wie am Tage der Aufnahme. „Die inneren Zuckungen könne man nicht sehen und diese seien ihm infolgedessen nicht geglaubt worden.“ Später seien dann auch die äusseren Zuckungen gekommen. Sie treten hauptsächlich bei Witterungsumschlag ein. Er könne es vormachen; er legt sich auf den Tisch, fängt mit der Hals- und Brustmuskulatur an zu zucken, zuerst in grösseren Zwischenräumen, dann rascher und stärker.

Dabei stösst er die Luft keuchend aus. Sein Gesicht wird rot. Er hebt sich stossweise etwas mit dem Rumpf. Auf Anreden hört er auf und gibt Antwort. Es werde zuweilen viel stärker, dauere oft 7—8 Stunden, dabei habe er Stechen im Herzen. Er sei immer bei Bewusstsein, habe nur zeitweise etwas Schwindelgefühl, keinen eigentlichen Schwindel. Dadurch dass er sich bewege, stärker arbeite oder mit einer Person spreche, könne er den Ausbruch der Zuckungen unterdrücken. Der Schlaf sei immer schlecht, seitdem er die inneren Zuckungen habe. Sein Leiden sei seit drei Jahren immer schlimmer geworden. Es komme oft dreimal am Tage und mehr, auch wenn er ganz allein sei.

Zuweilen seien die Zuckungen von Schreien begleitet, „so dass die Luft aus der Brust herausgestürzt wird.“ Dann breche der Schweiss allenthalben aus. Oft könne er durch stärkeres Arbeiten den Ausbruch der Zuckungen verhindern. Immer, wenn er wolle könne er den Anfall auch nicht vormachen. Es müsse zuerst in seiner Brust zucken, dass könne er nicht machen. Bald darauf sagt er, es zucke in seiner Brust. Gleichzeitig fängt er an mit der Brustmuskulatur zu zucken, immer schneller, dann auch mit der Hals- und Gesichtsmuskulatur. Den Atem hält er dabei an. Patient wird allmählich mit den zunehmenden Zuckungen, die schliesslich die ganze Rumpfmuskulatur einnehmen, rot, dann blau im Gesicht. Er keucht mühsam und stösst dabei zischende Laute aus. Plötzlich atmet er tief auf, sein Gesicht wird wieder rot. Er sagt jetzt sei es besser, jetzt sei die Luft herausgekommen, zu Ende sei es aber noch nicht. Tatsächlich fängt er auch noch mehrere Male auf dieselbe Weise an. Schliesslich steht er auf, sagt, er müsse sich bewegen, damit es besser würde. Während des Auf- und Abgehens im Saale fängt er wieder an. Hauptsächlich bekommt er die Zuckungen in der Nackenmuskulatur. Der Kopf wird dabei ganz nach hinten gehalten. Die Atmung wird ebenfalls angehalten, bis das Gesicht ganz blau ist. Dabei geht er ruhig im Saale umher.

Während der Zuckungen selbst ist der Puls beschleunigt, gleich mit Beendigung derselben wird er wieder ruhig. Druck auf das Abdomen lässt die Anfälle auf kurze Zeit aufhören. Druck auf das Jugulum vermehrt die mühsamen Exspirationsstösse. Patient erklärt weiter, er habe wegen der langen Dauer der Zuckungen schon Einspritzungen und Pulver bekommen müssen. Nach dem Elektrisieren habe er einmal Blutauswurf bekommen. Wenn die Sonne anfange zu scheinen, kämen die Zuckungen besonders.

18. Juli 1906. Patient hat nachts sehr schlecht geschlafen. Er habe immer innere Zuckungen gehabt. Den Ausbruch stärkerer Zuckungen habe er dadurch verhinderen können, dass er sich auf die Seite legte. Auch nasse Umschläge helfen. Wenn ans Bett gestossen würde, so bekomme er schmerzhaftes Gefühl im Kopf. Wenn die Sonne plötzlich zum Vorschein komme, so bekäme er auch die Zuckungen. Nach Belieben könne er einen solchen Anfall nicht hervorrufen. Innerlich habe er das Gefühl, als ob sich in der Brust etwas bewege, es sei ihm, als ob etwas herauswolle.

19. Juli. Patient liegt ruhig zu Bett. Behauptet, oft innere Zuckungen zu haben. Äusserlich ist nichts zu sehen. Beschäftigt sich mit Lesen und Schreiben.

20. Juli. Patient klagt noch über innere Zuckungen. Nach Angabe des Pflegers hat er gut geschlafen.

23. Juli. Zuckungen hat der Kranke nicht mehr. Er klagt morgens über Kopfschmerzen.

2. August. Die Zuckungen sind nicht wiedergekehrt, nur innerlich einmal ein wenig. Hilft fleissig bei der Arbeit.

8. August. Patient befindet sich dauernd in guter Stimmung. Er klagt häufig über Kopfschmerzen, die aber nie lange anhalten. Er meint, gestern seien die Zuckungen wieder etwas dagewesen.

16. August. Zuweilen Brennen in Brust und Rücken. Klagen über Kopfschmerzen sind seltener geworden.

24. August. Patient klagt über schlechten Schlaf. Die Zuckungen wollten hier und da wiederkommen. Es ginge dann aber immer wieder so vorüber.

1. September. Wünscht nach Hause entlassen zu werden. Habe keine Beschwerden mehr, nur etwas Brustschmerzen, die wohl nur von seinem Lungenleiden herkämen. Er glaubt, die Zuckungen würden zu Hause nicht wiederkommen.

4. September. Patient ist beschwerdefrei und wird gebessert entlassen.

Betrachten wir den eben beschriebenen Fall in seinen Einzelheiten, so wäre zunächst die Diagnose „Hysterie" zu rechtfertigen.

Organische Leiden, welche die Ursache dieser Respirationsanfälle sein könnten, sind wohl ohne weiteres auszuschliessen. Auch für Neurasthenie und Basedow'sche Krankheit, die hier in Betracht kommen könnten, finden sich weder in der Anamnese noch im Befund Anhaltspunkte.

Wir vermissen allerdings auch die für Hysterie besonders charakteristischen Smyptome, deren Nachweis häufig eine sichere Diagnose der Hysterie allein ermöglicht: die „hysterischen Stigmata." Doch können wir trotzdem aus einzelnen sich vorfindenden Symptomen auf Hysterie schliessen. Zunächst ist der Umstand zu erwähnen, dass Patient imstande ist, nach Willkür die Anfälle hervorzurufen. Wenn er auch behauptet, erst „innere Zuckungen" haben zu müssen, ehe die äusseren Zuckungen und damit auch der dyspnoische Zustand eintreten, gleich darauf jedoch einen Anfall bekommt, und es ihm möglich ist, dem Anfalle, wenn er will, Einhalt zu tun, so geht daraus zur Genüge hervor, dass die Krampfanfälle seinem Willen unterliegen. Das sehen wir auch daraus, dass Patient, wie von authentischer Seite verbürgt ist, seinen Mitarbeitern früher förmlich „Vorstellungen" mit seinen Anfällen gegeben hat.

Bei der Hysterie sind die Sehnenphänomene häufig gesteigert. Diese Steigerung lässt sich sowohl am Knie- als auch am Achillessehnenphänomen nachweisen. Zu ausge-

prägtem Patellarklonus kommt es nur selten, dagegen ist Fussklonus bei ungefähr 20 % der Fälle vorhanden. So finden wir auch in unserem Falle die Sehnenphänome gesteigert, sogar den Patellar- und Fussklonus angedeutet.

Auch die Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit, das vasomotorische Nachröten, ferner die Druckempfindlichkeit der grossen Nervenstämme können wir für unsere Diagnose verwerten, wobei zu betonen ist, dass sich gerade die Druckschmerzen im Bereiche grösserer und kleinerer Nervenstämme als Begleiterscheinungen hysterischer Neurosen oftmals finden.

So gehen wir wohl nicht fehl mit der Behauptung, dass diese respiratorischen Anfälle auf hysterischer Grundlage beruhen.

Interessant ist unser Fall abgesehen davon, dass es sich um eine männliche Hysterie handelt, besonders dadurch, dass sich bei dem Patienten erst im Alter von 44 Jahren hysterische Erscheinungen einstellten. In der Anamnese finden sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass bei dem Patienten schon in früheren Jahren die Hysterie zu Tage getreten wäre. Die Frage ist, wie kommt der Mann erst in so relativ hohem Alter zu dieser Krankheit, während doch die Hysterie nach dem 40. Lebensjahre äusserst selten wird?

Auch hier, in ätiologischer Hinsicht lässt uns die Anamnese im Stich. Weder findet sich bei unserem Kranken ererbte nervöse Belastung noch ist Grund zur Annahme vorhanden, dass sich Patient die hysterische Anlage gelegentlich einmal erworben hat. Auch von den gewöhnlichen Gelegenheitsursachen zum Ausbruch der Krankheit finden wir keine, weder ist der Patient einer Intoxication oder einer akuten Infection ausgesetzt gewesen, noch hat er ein Trauma erlitten. Das Einzige, was in Betracht kommt, ist die bei dem Patienten sich findende tuberkulöse Affektion der Lungenspitzen. Wir stellen uns hier auf den Standpunkt Binswanger's, indem wir annehmen, dass die vorliegende Constitutionskrankheit den Anlass zu der

hysterischen Erkrankung gegeben hat, da sich ja weder Veranlagung noch neuropathische Belastung vorfindet und Patient vor dem Auftreten der Erkrankung körperlich und geistig normal gewesen ist. Wir dürfen dies umso eher annehmen, als der Eintritt der innerlichen Zuckungen zeitlich mit dem Beginn der tuberkulösen Erkrankung zusammenfällt. In welchem Zusammenhang die beiden Krankheiten stehen, ist natürlich schwer zu sagen. Man darf wohl annehmen, dass der Patient sich seine tuberkulöse Erkrankung so sehr „zu Herzen" genommen hat, dass seine Psyche dadurch in Mitleidenschaft gezogen wurde, und dass sich schliesslich infolge von Einbildung und krankhaften Vorstellungen die Anfälle einstellten und allmählich immer stärker entwickelten.

Die vorliegenden respiratorischen Anfälle sind von den meist bei der Hysterie sich findenden Respirationskrämpfen wesentlich verschieden. Während man sonst eine Tachypnoe ohne ausgesprochene dyspnoische Erscheinungen findet, haben wir hier gerade das Gegenteil: eine wahre Dyspnoe mit Anhalten der Atembewegung und ausgesprochener Cyanose, die zeitweise recht oft eintritt, aber scheinbar für den Patienten ohne Nachteil ist. Auch hier stellen sich wie bei dem von Edel beschriebenen Fall die Anfälle auf äussere Reize hin, wie Witterungsumschlag, Sonnenschein ein.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. E. Siemerling, für die gütige Überlassung des Falles und Unterstützung beim Verfertigen der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger, die Hysterie, Wien 1904.
2. Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Leipzig 1904.
3. Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. XI.
4. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin 1905.
5. Pitres, Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. Paris 1891.
6. Brunner, Über Hysteria virilis, Inaugural-Diss. Zürich 1903.
7. Ziehen, Über Hysterie. Deutsche Klinik.

Lebenslauf.

Ich, Max Tillmann, katholischer Konfession, wurde am 17. Oktober 1882 zu Köln a. Rh. als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Mathias Tillmann geboren. Meine Gymnasialbildung erhielt ich auf dem Friedrich-Wilhelm-Gymnasium zu Köln, an dem ich Ostern 1903 mein Abiturientenexamen bestand. In Bonn, wo ich zwei Semester verblieb, begann ich meine medizinischen Studien. Ich studierte dann drei Semester in Würzburg und bestand dort Ende Juli 1905 die ärztliche Vorprüfung. Vom 1. Oktober 1905 bis 1. April 1906 genügte ich meiner Militärpflicht bei dem Infanterie-Regiment Nr. 160 in Bonn. Nach einsemestrigem Studium in München bezog ich die Universität Kiel, wo ich am 23. Mai 1908 das medizinische Staatsexamen beendigte.